FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1919 — **THÈSE** — N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Maurice FOGT
Ancien Externe des Hôpitaux.
Né à Paris le 16 Décembre 1890.

L'HÉMATOSALPINX

PAR

MALFORMATION CONGÉNITALE

Président : M. HARTMANN, *Professeur.*

PARIS
LE FRANÇOIS, LIBRAIRE
9 ET 10, RUE CASIMIR-DELAVIGNE

1919

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER	ASSESSEURS	M. POUCHET
	PROFESSEURS	MM.
Anatomie		NICOLAS
Anatomie topographique		N.
Physiologie		Ch. RICHET
Physique médicale		WEISS
Chimie organique et Chimie générale		DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		N.
Pathologie et Thérapeutique générales		ACHARD
Bactériologie		BEZANÇON
Pathologie interne		VAQUEZ
Pathologie chirurgicale		N.
Anatomie pathologique		LETULLE
Histologie		PRENANT
Opérations et appareils		N.
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET
Thérapeutique		CARNOT
Hygiène		I.
Médecine légale		N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		N.
Pathologie expérimentale et comparée		ROGER
Clinique médicale		WIDAL GILBERT CHAUFFARD N.
Maladies des enfants		HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux		Pierre MARIE
Clinique chirurgicale		Pierre DELBET QUENU LEJARS HARTMANN
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONN
Clinique des maladies des voies urinaires		LEGUEU
Clinique d'accouchements		BAR COUVELAIRE RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique		N.
Clinique chirurgicale infantile		Auguste BROCA
Clinique thérapeutique		Albert ROBIN
Hygiène et clinique de la 1re enfance		MARFAN
Clinique des maladies infantiles		TEISSIER

Agrégés en exercice

MM.

ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIÈRE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SCHWARTZ (A
BRUMPT	LABBE (Henri)	MULON	SICART
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	TANON
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TERRIEN
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TIFFENEAU
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	VILLARET
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	ZIMMERN
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A mom Maitre

Monsieur le Docteur Raymond GRÉGOIRE
Chirurgien des Hôpitaux,
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

En témoignage de ma grande et respectueuse affection.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR H. HARTMANN

Qui m'a fait l'honneur de présider ma thèse.

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

1910 : MM. le Docteur L. PICQUÉ (*in memoriam*).
le Docteur BARTH.
le Docteur R. GRÉGOIRE.
1913 : M. le Docteur HIRTZ (*in memoriam*).

Externat.

1913-1914 : MM. le Professeur A. GOSSET.
le Docteur E. DESMARETS.
Mars-Août 1914 : M. le Docteur L. RENON.

A Monsieur le Professeur COUVELAIRE.

A MES CHEFS

A l'Ambulance chirurgicale automobile n° 3.

MM. le Professeur MONPROFIT, 1916.
le Docteur R. GRÉGOIRE, 1917.

A MM. MARSAN et MONDOR

Mes chefs d'équipe
à l'Ambulance chirurgicale automobile n° 3.

A MM. MILHIT et MÉTIVET.

A MES AMIS, A MES COMPAGNONS PENDANT LA GUERRE.

L'HÉMATOSALPINX PAR MALFORMATION CONGÉNITALE

La malformation utérine qui consiste en la production d'un utérus accessoire, rudimentaire, portant des annexes bien développées, est déjà par elle-même un fait rare.

L'hématosalpinx est l'un des accidents que cette malformation peut entraîner. Mais cet accident n'est pas constant; on ne peut pas dire que l'atrésie d'un utérus rudimentaire entraîne toujours une accumulation de sang dans la cavité de la trompe.

L'affection que nous nous proposons d'étudier est donc très rare et nous avons pu nous rendre un compte exact de sa rareté en recherchant les cas mentionnés dans la littérature médicale pendant ces quarante dernières années.

Ce travail nous a paru intéressant à entreprendre parce que, pendant ces dernières années, quelques auteurs ont montré que la conception d'après laquelle tout hématosalpinx est la signature d'une grossesse tubaire, est une conception trop schématique.

Or, il est très vrai qu'une entité morbide domine le chapitre de l'hématosalpinx, et que c'est la grossesse ectopique, la grossesse tubaire.

Elle est la cause de la très grande majorité des cas d'hématosalpinx.

Mais celui-ci est réalisé quelquefois en dehors de la gravidité :

Congestion de la muqueuse tubaire dans certains cas de fibromes utérins;

Apoplexie de la trompe;

Pachysalpingite hémorragique;

Hémorragie dans une trompe infectée ;

Hémorragie dans une trompe néoplasique.

Enfin *malformation utérine avec atrésie*.

Suivant le type de malformation utérine, suivant le siège plus ou moins élevé de l'atrésie sur le canal génital, on observe isolés ou associés :

L'hématométrie, l'hématocolpos, l'hématosalpinx.

C'est l'hématosalpinx isolé, de cette nature, que nous nous proposons d'étudier.

Il nous faut auparavant rappeler la formation embryologique de l'appareil génital de la femme.

Cet exposé fait comprendre les malformations rencontrées et leur grande variété.

EMBRYOLOGIE

Le développement du système urinaire est intimement lié à celui de l'appareil génital ; il le précède et semble lui fournir un support. C'est le long des éléments urinaires déjà formés que naissent et se développent les organes génitaux.

Une intéressante observation de Bonnaire et Durante met bien en lumière l'intimité de cette association dans le développement et l'évolution des deux systèmes et nous la reproduirons à la suite de ce chapitre embryologique.

Le rein primitif ou pronéphros possède un canal collecteur : c'est le canal de Wolff.

Le pronéphros disparaît rapidement, mais le canal de Wolff persiste et devient le canal excréteur du rein secondaire, ou mésonéphros ou corps de Wolff.

Ce corps de Wolff se forme dans une saillie longitudinale connue sous le nom de *bandelette* ou d'*éminence uro-génitale* et qui se trouve de chaque côté du mésentère, contre la paroi abdominale.

Notons qu'au niveau de la partie supéro-interne de cette éminence uro-génitale, l'épithélium du cœlome

qui la recouvre est remarquable par la hauteur de ses éléments.

Waldeyer l'appelle *épithélium germinatif* et nous le retrouverons à propos du développement de l'organe génital.

Ajoutons que le canal de Wolff descend jusque dans le bassin pour aboutir au cloaque.

A ce stade du mésonéphros fait suite celui de l'uretère et du *métanéphros* ou *rein définitif*.

Le canal de Wolff, un peu au-dessus du point où il aboutit au cloaque, émet un bourgeon par sa paroi dorsale.

Ce bourgeon urétéral remonte et s'enfonce dans la partie basse de la lame médiane, partie non segmentée en néphrotomes et qui a reçu le nom de *blastème rénal*.

Le bourgeon urétéral, ainsi coiffé du blastème rénal, remonte et s'insinue en arrière du corps de Wolff qu'il ne tarde pas à déborder en haut.

La partie supérieure de ce bourgeon urétéral, avec le blastème rénal dont il est coiffé, forme le rein définitif : bassinet, calices, portion excrétrice et sécrétrice du rein.

Sa partie inférieure forme l'uretère.

Uretère et canal de Wolff sont d'abord réunis au-dessus du cloaque, puisque l'uretère est né du canal de Wolff.

Mais peu à peu la cloison intermédiaire formée par l'angle de bifurcation des deux conduits, descend jusqu'au cloaque et sépare les deux conduits jusqu'à leur terminaison au cloaque. Celui-ci est déjà cloisonné par l'éperon périnéal, et c'est dans le *sinus uro-génital* que uretère et canal de Wolff, désormais séparés, vont déboucher.

Pendant ce temps, *le conduit de Müller* a commencé de se former.

Le conduit de Müller qui régresse partiellement chez l'homme, se développe chez la femme pour donner l'utérus, le vagin et les trompes.

L'origine du conduit de Müller n'est pas bien connue.

Chez les vertébrés inférieurs, les conduits de Müller se forment dans leur segment supérieur, aux dépens du pronéphros ; ils s'allongent ensuite par une sorte de dédoublement du canal de Wolff, de bourgeonnement, d'excroissance latérale et longitudinale de ce canal (Semper, Balfour, Hoffmann).

Chez les mammifères, son développement paraît indépendant du canal de Wolff : il se fait par une invagination creuse de l'épithélium cœlomique, se produisant à la face externe de l'extrémité supérieure du corps de Wolff et ce serait par prolifération cellulaire qu'il se prolonge inférieurement, formant d'abord un cordon plein qui descend le long du canal de Wolff, appliqué contre lui et toujours dans une position superficielle, par rapport à ce dernier.

L'extrémité inférieure du canal de Müller reste longtemps pleine, bourrée de cellules épithéliales polyédriques.

Vers l'embouchure des canaux de Wolff, les conduits de Müller s'adossent au conduit uro-génital, mêlant leurs éléments à ceux de ce canal ou bien ils se déjettent latéralement.

Au point de vue topographique, il est commode de considérer deux étages sur le conduit de Müller : la

moitié supérieure, latérale, qui longe le corps de Wolff; la moitié inférieure, juxta-médiane, au niveau de laquelle les deux conduits de Müller se rejoignent sur la ligne médiane, et accolés l'un à l'autre, descendent, encadrés latéralement, de très près par les canaux de Wolff qui longent leur bord externe.

Cette moitié inférieure est comprise dans l'épaisseur du *cordon génital*, atmosphère cellulaire densifiée, qui entoure les conduits de Wolff et de Müller, et est appliquée contre la paroi postérieure du sinus uro-génital.

Sur le conduit de Müller, à l'union de ses deux moitiés, vient se fixer un cordon cellulaire *ligament inguinal*, qui relie ce point du conduit de Müller à l'orifice inguinal.

Enfin, entre le point où le ligament inguinal se fixe sur le conduit de Müller et le point de réunion, d'accolement des deux conduits (au niveau de leur entrée dans le cordon génital), on peut distinguer un court segment du conduit de Müller, intermédiaire aux deux moitiés supérieure et inférieure.

Chez la femme, ce court segment représente la corne utérine future.

Au-dessous de lui la fusion des deux conduits formera l'utérus et le vagin.

Au-dessus de lui, la partie supérieure du conduit de Müller formera la trompe.

Enfin, parallèlement, l'organe sexuel s'est montré. On le voit apparaître au niveau de cette *éminence génitale*, qui fait saillie sur la partie supéro-interne du corps de Wolff et qui est revêtue par *l'épithélium germinatif*.

Cet épithélium germinatif est générateur des *cordons corticaux* ou *ovigènes*, élément femelle. D'autre part, l'organe sexuel est pénétré par des cordons venus du corps de Wolff, *cordons médullaires*, *spermiogènes*, élément mâle; l'organe sexuel à ce stade, est hermaphrodite.

En résumé, à ce stade indifférent, hermaphrodite, le système urinaire est créé, devenu déjà presque complètement indépendant du système formé par le corps et le canal de Wolff.

Un organe sexuel hermaphrodite est formé, dans la région lombaire.

Une invagination cœlomique, prolongée par un cordon plein, descend le long du canal de Wolff, jusqu'au niveau du sinus uro-génital. C'est le canal ou conduit de Müller.

Puis la différenciation sexuée se fait :

L'organe sexuel devient testicule ou ovaire suivant l'élément qui se développe :

Cordons ovigènes ou cordons spermiogènes.

Chez l'homme : l'organe sexuel, le canal de Wolff, une partie du corps de Wolff évolueront simultanément, formeront l'ensemble du testicule et de ses voies excrétrices.

Cet ensemble descendra dans le bassin et le scrotum.

Les conduits de Müller régresseront dans leur partie moyenne; leur partie inférieure, fusionnée formera *l'utricule prostatique* ou *utérus mâle* ou mieux *vagin mâle*.

Ce qui reste de la partie supérieure du conduit de Müller forme *l'hydatide non pédiculée*, petit pavillon

implanté sur l'extrémité antéro-supérieure du testicule.

Chez la Femme : c'est le corps et le canal de Wolff qui vont régresser.

L'ovaire formé descendra dans le bassin.

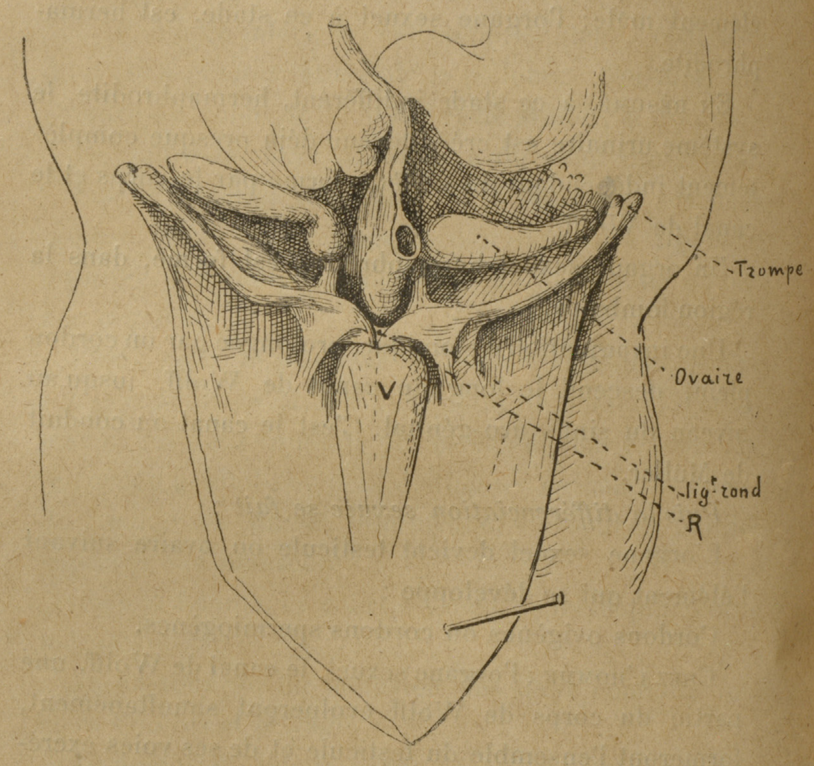


Planche n° 1. — Embryon humain de 37 mm.
R : réunion des canaux de Müller formant le canal utéro-vaginal.
V : vessie.

Les conduits de Müller complèteront leur évolution et donneront naissance à l'ensemble des trompes, de l'utérus et du vagin.

Le *canal utéro-vaginal* est né de la fusion des deux

conduits de Müller en un canal unique, impair et médian, à l'intérieur du cordon génital. Cette fusion s'opère au commencement du 3e mois chez l'embryon humain.

La partie des canaux de Wolff correspondants a régressé ; on n'en retrouve que des vestiges, sous la forme d'éléments cellulaires, groupés en cordons pleins contre la paroi antérieure de l'utérus et du vagin. Ce sont les cordons de Malpighi-Gartner.

Les Trompes se développent aux dépens de la partie supérieure des canaux de Müller, segment sus-jacent à l'implantation du ligament inguinal. Le développement de la trompe est lent. C'est la partie du canal de Müller qui se développe le plus tardivement.

Enfin le court segment du canal de Müller, compris entre l'implantation du ligament inguinal et la pénétration dans le cordon génital, formera la corne utérine de chaque côté. Le ligament inguinal est devenu le ligament rond — et c'est un bon point de repère, dans les cas de malformation — son point d'insertion sur le rudiment observé permet en effet de dire : ce qui est en dehors représente la trompe ; ce qui est en dedans représente une formation utérine.

Enfin, ajoutons que le corps de Wolff et la partie supérieure du canal de Wolff ont régressé. Ses restes, descendus avec l'ovaire, se retrouvent dans l'épaisseur du repli que forme le ligament large entre la trompe et l'ovaire. C'est l'organe de Rosenmüller.

Cet exposé du développement des canaux de Müller permet de comprendre la variété des anomalies que nous allons étudier.

LES MALFORMATIONS UTÉRINES

Quelle est celle qui produit la lésion « Hématosalpinx » comme un accident prépondérant?

En dehors du type qui nous intéresse, c'est-à-dire de celui qui peut amener la production d'un hématosalpinx comme une manifestation clinique et anatomo-pathologique prépondérante, nous ne nous étendrons pas sur la description des diverses anomalies. Disons d'abord que le type de malformation en question est réalisé essentiellement par une asymétrie dans le processus d'évolution des canaux de Müller.

Y a-t-il au contraire évolution symétrique, mais anormale, incomplète, des 2 canaux de Müller, cela peut amener divers modèles de malformation.

L'utérus didelphe qui montre 2 corps, 2 cols utérins distincts en communication avec 2 vagins mitoyens séparés par une cloison sagittale.

L'utérus bicorne, plus ou moins cloisonné, plus ou moins bicorne suivant que la coalescence des canaux de Müller est plus ou moins complète.

Cette coalescence peut être complète et extérieure-

ment l'utérus est normal. Mais la fusion des canaux de Müller en une cavité unique ne s'est pas produite, et il y a bien en réalité, séparés par une cloison sagittale : 2 vagins, 2 cavités utérines. C'est là *l'utérus biloculaire.*

Mais supposons que les 2 conduits de Müller évoluent d'une façon asymétrique :

L'un est arrêté dans son évolution ; l'autre, en bonne place, se développe, semble-t-il, d'une façon compensatrice. Privé de l'appoint symétrique de son voisin, il forme cependant un utérus et un vagin.

Mais cet utérus est unicorne : c'est là le cas qui nous intéresse et nous allons en étudier les modalités diverses

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA MALFORMATION

Cette anomalie a 2 caractères principaux :

D'une part, au siège normal, un utérus unicorne.

D'autre part une corne utérine aberrante qui représente un canal de Müller dévié dans son développement.

Etudions ces 2 éléments avec quelques détails.

L'utérus unicorne est plus ou moins bien développé; il peut avoir une forme de croissant, s'infléchissant dans l'ensemble, du col vers la corne unique. Un tel utérus, s'il est propre à la fonction menstruelle, ne paraît pas favorable à une gestation normale.

Mais le plus grand nombre des observateurs décrivent un utérus de forme normale, auquel simplement, il manque une corne.

Au niveau du point où, normalement s'insère la corne utérine prolongée en dehors par les annexes, on voit le fond de l'utérus se continuer à angle mousse et sans interruption avec le bord utérin correspondant.

Un tel utérus se prête souvent à la gestation, et nous reproduisons quelques observations de femmes opérées pour un hématosalpinx d'une trompe aberrante, et

qui avaient eu, antérieurement, une ou plusieurs gestations menées à terme.

Le deuxième élément, *la corne utérine rudimentaire*, portant les annexes correspondantes, est variable dans sa configuration. Le cas qui semble le plus fréquent est le suivant :

La corne utérine accessoire s'est développée en une petite poche de grosseur variable (une noix, le plus souvent) à parois musculaires de 1 centimètre à 1 centimètre et demi, 2 centimètres d'épaisseur, poche qui occupe le bassin, latéralement, plus ou moins près du bord utérin correspondant; elle est comprise dans l'épaisseur du ligament large.

Cette poche est tapissée intérieurement par une muqueuse; l'examen histologique fait reconnaître la structure de la muqueuse utérine.

Cette poche, ce petit « utérus accessoire » comme l'appellent plusieurs auteurs dans leurs observations, est reliée à l'utérus normal, généralement par des tractus fibreux sous forme d'une bandelette épaisse et dans laquelle l'examen microscopique fait quelquefois reconnaître, mélangés aux travées fibreuses, des fibres musculaires lisses et des débris épithéliaux, traces de muqueuse.

Cette bandelette fibreuse s'insère généralement sur le bord utérin, à la hauteur de l'isthme.

Par son extrémité externe, cette corne utérine donne attache, le plus souvent, à une trompe normale, laquelle comme l'ovaire occupe l'épaisseur du ligament large.

Ajoutons que l'extrémité de la corne utérine qui porte

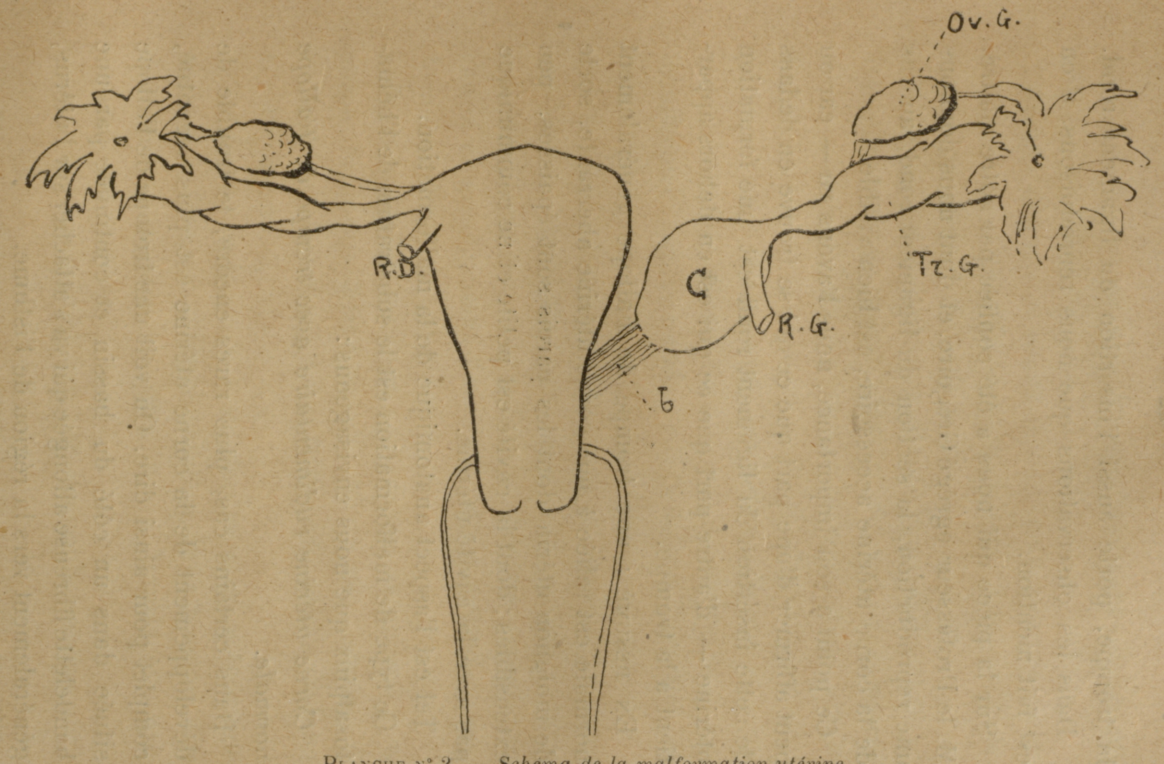


Planche n° 2. — *Schema de la malformation utérine.*

C : corne utérine aberrante

b : bandelette fibreuse la réunissant à l'isthme utérin.

R. G. : ligament rond gauche.

Ov. G. : ovaire gauche.

Tr. G. : trompe gauche.

R. D. : ligament rond droit.

la trompe, porte aussi l'insertion du ligament rond.

Dans les observations que nous reproduisons, il en est fait mention.

Sur la pièce qui nous a été confiée par notre maître, M. le Professeur agrégé Grégoire, et dont nous donnons une reproduction, la section du ligament rond, au ras de la corne utérine accessoire, est bien visible.

Ce point a son importance, nous l'avons vu — car on peut affirmer d'une part que ce qui se trouve en dedans de cette insertion du ligament rond est une formation utérine — d'autre part que ce qui est en dehors appartient à la trompe.

En résumé : une trompe de Fallope généralement normale est reliée à une corne utérine aberrante, sorte de moignon utérin dont les parois sont épaisses, peu extensibles ; dont la cavité est petite et ne communique pas avec la cavité utérine.

Tel est l'aspect anatomique de la malformation.

Ce type de malformation est le substratum de l'hématosalpinx que nous envisageons :

Corne utérine rudimentaire avec trompe de Fallope normale.

Dans certains cas, plus rares encore, le trouble de développement de la corne utérine est plus accentué, complet pour ainsi dire. On voit une trompe de Fallope située dans un côté du bassin et continuée par une bandelette fibreuse allongée qui va s'attacher sur l'utérus, généralement vers la région de l'isthme.

Là encore on peut admettre la possibilité d'un épanchement et d'un enkystement sanguin dans la

cavité de cette trompe aberrante, réalisant un hémato-salpinx.

Aucune des observations que nous avons rassemblées ne décrit une telle disposition qui doit être tout à fait exceptionnelle.

C'est encore un fait exceptionnel que celui relaté par Bonnaire et Durante (1). Mais il est très démonstratif de la situation embryonnaire du conduit de Muller. Il représente un cas d'arrêt évolutif maximum, et c'est pourquoi nous le résumons en quelques lignes.

A l'autopsie d'une femme ayant succombé à une insuffisance cardio-rénale, on constate l'absence du rein droit.

A sa place, le long de la paroi abdominale, descend un cordon blanchâtre, qui, plus bas, croise l'iliaque primitive, arrive dans le pelvis, y chemine dans l'excavation et pénètre dans l'orifice inguinal interne en soulevant légèrement le péritoine.

Dans la région lombaire, ce cordon est accolé à un corps fusiforme blanc nacré, à surface grenue de 1 cm. 1/2 de large sur 5 à 9 (*sic*) centimètres de long. C'est l'ovaire.

Au-dessus de l'ovaire, le cordon montre un épanouissement de franges. C'est le pavillon de la trompe. Une des franges montre un petit kyste translucide gros comme une noisette.

Dans la région lombaire, cet ensemble soulève légè-

(1) Bonnaire et Durante. — *Bulletin de la Société Anatomique.* 8 Mars 1912. « Un cas de trompe de Fallope abdominale, indépendante de l'utérus ».

rement le péritoine pariétal. Dans le pelvis, il disparaît d'abord, plonge dans le tissu cellulaire, sous le péritoine. Un peu plus loin, à la hauteur de l'utérus, il soulève de nouveau légèrement le péritoine pariétal, jusqu'à sa pénétration dans l'orifice inguinal interne.

L'utérus est normal quant au corps, ses annexes gauches, le ligament large gauche sont normaux.

Les annexes droites manquent. Le bord droit de l'utérus est libre. Il n'y a pas de ligament large droit, mais au niveau du col de l'utérus, on voit partir de son bord droit un petit tractus fibreux transversal qui soulève légèrement le péritoine et va rejoindre presque perpendiculairement le cordon tubaire, sur la paroi pelvienne.

L'examen histologique montre que l'organe allongé, grenu, de la région lombaire, est bien l'ovaire droit. On y trouve des ovules en petit nombre, et aussi des corps jaunes à différents degrés de régression. L'ovaire a donc fonctionné.

Le cordon tubaire est aussi identifié histologiquement. Il présente un étroit conduit tapissé de cellules cubiques, mais ce conduit n'existe qu'au niveau de la région de l'ovaire; partout ailleurs, il est imperméable.

« Il s'agit donc ici, disent Bonnaire et Durante, d'un utérus unicorne. La trompe qui lui manque ne fait pas toutefois complètement défaut, mais a conservé son siège embryonnaire lombaire. Elle est représentée par le cordon intra-péritonéal longeant la cavité pelvienne et remontant jusqu'aux dernières côtes ».

Bonnaire et Durante croient que, par suite de l'absence d'uretère et de rein droits, le canal de Müller s'est égaré

dans le pelvis, est allé se perdre sur la paroi pelvienne jusqu'au niveau de l'orifice inguinal interne. Ces auteurs considèrent le cordon fibreux, qui relie le col de l'utérus, transversalement au tractus principal, comme une ébauche très déviée de ligament rond.

Nous avons exposé cette dernière disposition avec quelques détails, bien qu'elle ne rentre pas dans le cadre de l'hématosalpinx étudié. C'est qu'en plus de son intérêt anatomique, elle suggère quelques réflexions sur la formation de cet hématosalpinx, dans les cas que nous envisageons.

Nous le verrons au chapitre de la Pathogénie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE L'HÉMATOSALPINX

Au type de malformation étudié, peut correspondre un ensemble de lésions. C'est cet ensemble que nous décrivons.

Mais nous disons qu'il peut se trouver réalisé, comme une conséquence de la malformation. Nous ne disons pas que celle-ci entraîne toujours l'hématosalpinx. Dans certains cas en effet, l'anomalie ne se manifeste cliniquement et anatomiquement que par une hématométrie occupant le demi-utérus accessoire. La trompe est indemne.

Nous verrons au chapitre de l'Etiologie quelle est la proportion relative de ces cas.

Dans la série de faits qui nous intéresse, au contraire, un hématosalpinx coïncide avec l'hématométrie, et c'est l'hématosalpinx qui est devenu la tumeur importante, la tumeur principale.

L'opérée de M. le Professeur agrégé Grégoire en offrait un exemple caractéristique et nous avons reproduit la pièce recueillie aprés ablation par laparotomie.

Elle correspond d'ailleurs aux descriptions données

dans les autres observations, du moins dans celles où les détails anatomo-pathologiques sont suffisants.

La trompe forme une poche volumineuse (une orange, un poing d'homme, une tête de fœtus à terme, suivant les cas); à l'ouverture de cette poche, on constate qu'elle contient un liquide sirupeux, brun rougeâtre.

La paroi de la cavité présente des irrégularités; elles sont dues probablement aux sinuosités normales de la trompe de Fallope. Ce sont des replis qui font des ébauches de cloisons à la poche.

La paroi de la trompe ne présente rien de particulier, si ce n'est un peu d'épaississement.

Quand l'examen histologique a été fait, il a montré de la sclérose des parois tubaires, avec des lésions légères d'inflammation chronique, une muqueuse plus ou moins atrophiée, plus ou moins détruite par places.

Cette poche tubaire communique avec *la cavité du demi-utérus accessoire* et celle-ci, dont la capacité ne dépasse pas quelques centimètres cubes, est également remplie par le même liquide visqueux, brun rougeâtre.

En voyant l'épaisseur considérable des parois de ce demi-utérus accessoire (1 centimètre, 1 cent. 1/2, 2 et 3 centimètres suivant les cas) on comprend que la distension et la capacité soient restées très minimes.

L'examen histologique offre la structure d'un utérus : couches de fibres musculaires lisses; muqueuse à épithélium cylindrique avec des glandes en tubes plus ou moins nombreuses.

Cette muqueuse montre un peu d'infiltration embryon-

Plancbe n° 3. — *L'hématosalpinx* (pièce opératoire. M. le Dr Grégoire).

U : corne utérine aberrante formant un petit utérus accessoire.
C. U : cavité de cet utérus accessoire ; on voit le canal flexueux qui la fait communiquer avec la cavité dilatée de la trompe.
Tr. : la trompe dilatée par l'hématosalpinx, ouverte pour montrer la poche vidée de son contenu.
Ov. : ovaire.
R. : ligament rond sectionné au ras de son implantation sur la corne utérine.
B. L. : insertion de la bandelette ligamenteuse qui relie la corne utérine aberrante à l'isthme de l'utérus normal.

naire, comme dans les cas de légère métrite glandulaire chronique.

L'ovaire est derrière la poche tubaire, réuni à elle et au demi-utérus par des tractus fibreux. Sa forme, son aspect sont normaux.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un ovaire normal ; on y trouve des ovules, des corps jaunes à différents degrés de régression, et des cicatrices ; tout ceci semble démontrer que l'ovaire a fonctionné.

Enfin dans certains cas, des adhérences se forment entre l'hématosalpinx et les organes avoisinants : paroi pelvienne, intestin, vessie, utérus (comme dans le cas de C. von Pauer, voir plus loin). Ces adhérences formées par des tractus fibreux plus ou moins épais rendent plus difficiles l'isolement et l'ablation de la tumeur.

Elles sont souvent elles-mêmes le résultat d'un processus inflammatoire insidieux, subaigu ; elles peuvent devenir, surtout lorsqu'elles réunissent la tumeur à l'intestin, des facteurs prédisposants à l'infection de cette tumeur, à la transformation de l'hématosalpinx en pyosalpinx.

Tels sont les éléments anatomo-pathologiques de l'affection. Elle se résume ainsi :

Gros hématosalpinx.

Petite hématométrie.

L'ensemble est inclus dans l'épaisseur du ligament large.

Pour l'énucléer, il faut inciser le ligament large.

ÉTIOLOGIE

Quelle est la fréquence de l'hématosalpinx par malformation utérine?

Nos recherches bibliographiques ont porté sur ces quarante-trois dernières années. Elles ont été beaucoup facilitées par la thèse inaugurale de M. le Professeur agrégé G. Gross (1).

Dans ce dernier travail, 78 cas sont rassemblés, échelonnés de 1876 à 1900.

Sur ces 78 cas, 47 seulement sont catalogués « hématométrie latérale ».

Ce sont des cas dont le substratum anatomique consiste en la malformation utérine que nous avons étudiée.

Or sur ces 47 cas, 10 seulement s'accompagnaient d'un hématosalpinx, lequel était devenu assez important pour former la tumeur principale.

27 cas étaient des hématométries développées dans le demi-utérus accessoire, sans hématosalpinx correspondant.

7 cas manquaient d'une description anatomique suffi-

(1) G. Gross. Thèse inaugurale. Nancy 1899-1900. *Hématométrie et Hématocolpos dans des cas de duplicité du canal génital.*

sante pour permettre de les cataloguer dans l'une ou l'autre catégorie.

3 cas enfin étaient des pyosalpinx avec hématométrie voisine. Et peut-être ces trois derniers cas appartiennent-ils à l'hématosalpinx, s'ils résultent de la transformation purulente d'un épanchement sanguin.

En résumé, de 1876 à 1900, nous avons retrouvé dans la thèse de G. Gross, 10 observations nettes d'hématosalpinx par malformation congénitale.

Nos propres recherches bibliographiques, portant de 1900 à 1919, nous ont fait rassembler 8 cas de demi-utérus accessoire rudimentaire.

Sur ces 8 cas, 3 seulement avaient réalisé l'hématosalpinx, 4 autres n'avaient donné qu'une hématométrie occupant ce petit utérus accessoire.

Une dernière observation, avec une malformation typique, montre une hématométrie et un hématosalpinx minimes, mais cet hématosalpinx est collé contre un volumineux kyste sanguin, ovarien par son siège, et dans lequel on retrouve au microscope des éléments de l'ovaire (1).

Les trois observations d'hématosalpinx que nous reproduisons plus loin, sont les suivantes :

Observation de M. le professeur agrégé Grégoire, Hôpital Bretonneau, 27 Février 1919.

Observation de Carl von Pauer, *Centralblatt für Gynäkologie*, Juin 1902.

(1) Dr Le Bec. Utérus didelphe dont le gauche ne communique ni avec le vagin, ni avec l'utérus droit. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, p. 387, 1904.

Observation de Abel, *Berliner klinik Wochenschrift*, 1909.

Les quatre observations de simple hématométrie, dans lesquelles la malformation était typique, sont les suivantes :

Observation de James Oliver : « An accessory uterus distended with menstrual fluid, enucleated from the substance of the right broad ligament », (un utérus accessoire distendu par le flux menstruel, énucléé de l'épaisseur du ligament large droit). (*The Lancet*, 15 Juin 1912).

Observation de G. Gross : « Hématométrie latérale dans des utérus doubles. » (*Annales de Gynécologie*, 1904).

Observation de Goullioud (*Lyon médical*, 1er Mars 1903).

Observation de Fraipont, rapportée par Brouha : « Contribution à l'étude des malformations doubles de l'utérus. » (*Scapel et Liège médical*, 27 Nov. 1910).

En résumé, de 1876 à 1919, c'est-à-dire en l'espace de 43 ans, nous avons retrouvé 13 cas nets et bien décrits d'hématosalpinx par malformation congénitale.

PATHOGÉNIE

Deux questions se posent, auxquelles il est encore impossible de répondre par autre chose que des hypothèses :

1° Quelle est la cause de la malformation ?

2° La malformation étant, par quel processus se constitue l'hématosalpinx ?

1° La cause intime de la malformation est inconnue, comme pour la plupart des troubles d'évolution embryonnaire.

Dans des cas d'utérus bicorne, des tractus fibreux tendus entre la vessie et le rectum forment une bride qui passe entre les deux cornes utérines. Pozzi signale cette disposition comme assez fréquente et se demande si cette « bride vésico-rectale » est l'origine ou la conséquence de la malformation (1).

Nous avons vu que Bonnaire et Durante, après la description de l'anomalie dont nous avons parlé plus haut, se demandent si ce n'est pas l'absence de rein et d'uretère du côté droit, qui a permis au canal de Müller

(1) Pozzi. *Traité de Gynécologie*. Chap. des malformations de l'utérus.

du même côté de s'égarer dans le pelvis, au cours de son développement embryonnaire, au lieu de rejoindre le canal de Müller gauche pour se fusionner avec lui.

Ce sont des hypothèses qui s'appliquent à des cas particuliers.

Dans les observations que nous reproduisons, dans celles que nous avons lues, il n'est pas fait mention de bride vésico-rectale, ni d'absence de rein et d'uretère concomittante à la malformation.

Dans l'observation de Carl von Pauer (voir plus loin), nous relevons la découverte d'une rate supplémentaire située dans le grand épiploon.

Le trouble d'évolution embryonnaire ne s'était donc pas borné chez cette femme à l'appareil génital.

2° *Comment s'accumule le sang dans la trompe.* — Ici, malgré l'absence de confirmations, de preuves expérimentales absolues, l'étude des faits peut donner de bonnes indications.

De la lecture des observations, il ressort nettement que c'est toujours par des crises douloureuses du petit bassin, se produisant au moment des règles, que la lésion se manifeste.

Il n'existe pas de phénomènes fébriles généraux, de signes inflammatoires locaux accompagnant ces crises douloureuses.

On est donc conduit à penser que c'est le sang menstruel qui s'accumule dans la trompe et produit peu à peu sa distension et l'hématosalpinx.

Chez la femme normale, les phénomènes menstruels sont de deux ordres :

D'une part, la maturation d'un ovule à la surface de l'ovaire et le détachement de cet œuf, qui généralement recueilli par le pavillon de la trompe, chemine dans la trompe, puis dans l'utérus, vers le vagin.

D'autre part, une congestion de la muqueuse utérine qui s'hypertrophie; ensuite les couches superficielles de cette muqueuse hypertrophiée s'exfolient, se détachent, et cette chute amène la rupture d'un certain nombre de petits vaisseaux superficiels. Il se produit alors un écoulement de sang qui dure quatre ou cinq jours. Puis la muqueuse se régénère par ses couches profondes. Cet écoulement sanguin, c'est le phénomène de la menstruation proprement dite.

Ainsi ovulation et menstruation sont les deux faits observés.

Les physiologistes ne sont pas d'accord sur l'ordre dans lequel ils se produisent : est-ce l'hémorragie qui précède la rupture de la vésicule de De Graaf? Est-ce au contraire cette rupture et la chute de l'œuf qui marquent le début?

Ce qui paraît certain, expérimentalement démontré, c'est que l'hémorragie de la muqueuse utérine ne peut se produire que si l'ovaire existe et fonctionne; tandis que l'hystérectomie n'empêche pas les ovaires laissés en place de produire des ovules et de les mener à maturation; des réserves s'imposent cependant à cette affirmation des physiologistes : des chirurgiens ont constaté le fait suivant : chez certaines opérées ayant subi une double ovariectomie, l'utérus étant respecté, on voyait un écoulement sanguin mensuel se produire

et persister quelquefois plusieurs années, avec tous les caractères apparents de la menstruation.

Ces réserves étant faites, et pour en revenir à cette hémorragie de la muqueuse, qui accompagne l'ovulation, il faut savoir qu'elle n'est pas limitée à la cavité utérine. La muqueuse de la trompe de Fallope présente les mêmes phénomènes de congestion, puis de desquamation épithéliale amenant un suintement sanguin, une exhalation sanguine pendant la même période :

« Il n'est pas douteux, dit Pozzi (1), que la muqueuse des trompes soit le siège d'une exhalation sanguine durant la menstruation. Il y aurait, d'après A. Puech, une hémorragie physiologique dans la cavité tubaire, comme dans la cavité utérine. Sur les moignons de trompe fixés à la paroi, après l'ovariotomie, par le clamp ou la ligature extra-péritonéale, on voyait très fréquemment, au moment des règles, un suintement se faire par la surface de section ». (Spencer Wells. *Diagnostic et traitement des tumeurs abdominales*. Traduction française 1886. A. Poncet, Thèse de Paris, 1878.

T. E. Prewitt, *American Journal of medical Sciences*, avril 1876.

Lawson Tait, *British medical Journal*, 1878.

Migrew, *American Journal of obstetrics*, Septembre 1884.

« Cette hémorragie physiologique est donc, sinon constante, au moins très fréquente, et elle doit se produire très facilement, quand une cause quelconque

(1) Pozzi. *Traité de Gynécologie* (Chap. de l'oophoro-salpingite kystique).

vient augmenter la congestion active ou passive de l'appareil génital. Si l'hémorragie se produit quand les extrémités de la trompe sont libres, elle a grandes chances pour passer entièrement dans l'utérus sans produire de troubles (état physiologique); est-elle plus abondante, elle peut donner lieu à des caillots dans l'intérieur de la trompe, et à des phénomènes morbides mal déterminés, jusqu'à leur résorption; est-elle excessive, une hématocèle rétro-utérine peut en résulter. » (Landau et Rheinstein. Ueber das Verhalten der Schleimhäute in Verschlossenen und mitsbildeten Genitalien und über die Tubenmenstruation. *Arch. für Gynäkologie,* T. XLII).

Devant ces faits, il est naturel de penser que dans les cas de malformation utérine qui nous intéressent, l'ovaire du côté malformé étant présent et normal, la même hémorragie des muqueuses tubaire et utérine se produit à chaque époque menstruelle, aussi bien du côté malformé, atrésié, que du côté normal.

On peut concevoir alors comment les choses se passent :

L'ovule tombe dans la trompe ou bien en dehors, dans la cavité péritonéale ; peu importe, ce n'est qu'une cellule, elle est rapidement résorbée.

Mais en même temps que cette chute de l'ovule, parallèlement au flux de l'utérus normal, l'exhalation du demi-utérus accessoire et de sa trompe produit une accumulation de sang dans leurs cavités. L'atrésie congénitale empêche l'issue vers le vagin. Alors plusieurs cas peuvent se présenter :

Si la trompe se vide dans la cavité péritonéale, le sang épanché est résorbé ou bien s'accumule et constitue peu à peu une hématocèle rétro-péritonéale. Dans ce cas, la trompe ne se distend pas.

Mais que l'orifice de la trompe vienne à être obturé, ou qu'il le soit congénitalement, le sang va stagner forcément dans les cavités tubaire et utérine.

Alors, ou bien il se résorbe et la distension est passagère, minime, ou bien il s'accumule et l'hématosalpinx est peu à peu réalisé ; il peut atteindre de grandes dimensions, il forme une tumeur pelvienne et c'est la découverte de cette tumeur pelvienne qui fait décider de l'intervention.

Mais il faut ajouter que la résorption du sang, au niveau des muqueuses, de la trompe et du moignon utérin, semble être assez fréquente, plus fréquente que la non-résorption, puisque nous trouvons une minorité d'hématosalpinx contre une majorité d'hématométries, dans les cas de la malformation utérine étudiée.

Cette hématométrie n'est jamais très importante : quelques centimètres cubes de sang. Le demi-utérus, aux parois épaisses, se laisse peu distendre.

Les douleurs qui accompagnent chaque période menstruelle sont pourtant les mêmes dans ces cas que dans ceux d'hématosalpinx ; elles sont probablement dues à l'accumulation du sang dans le demi-utérus et peut-être aussi dans la trompe. Mais les jours suivants, la plus grande partie du sang se résorbe. Quand on opère, on n'en trouve plus dans la trompe ; on n'en trouve que quelques grammes dans l'utérus accessoire.

En résumé. — 1° Présence d'un ovaire normal qui assure aux muqueuses utérine et tubaire leur suintement sanguin menstruel.

2° Occlusion de l'orifice péritonéal de la trompe (occlusion congénitale ou acquise?) qui permet la stagnation de ce sang dans la trompe.

3° Non-résorption ou trop lente résorption de ce dépôt sanguin : accumulation des écoulements menstruels successifs et distension progressive de la trompe.

Telles sont les conditions qui paraissent nécessaires et suffisantes à la production d'un hématosalpinx, chez les femmes présentant la malformation étudiée.

Il resterait à se demander dans quelles circonstances l'orifice péritonéal de la trompe vient à s'obstruer?

Quels sont les facteurs de la non-résorption du sang déposé à la surface des muqueuses utérine et tubaire?

C'est peut-être dans un processus d'inflammation subaiguë, chronique, avec sclérose des parois tubaire et utérine, avec lésions de la muqueuse, qu'il faut chercher l'explication de ces faits.

SYMPTOMES

La symptomatologie de l'hématosalpinx par malformation congénitale ne présente rien de caractéristique, et le diagnostic posé généralement est celui peu précis de tumeur annexielle, quand ce n'est pas celui encore plus vague de tumeur pelvienne, de collection enkystée du petit bassin.

L'un ou l'autre de ces diagnostics détermine le chirurgien à opérer, et c'est au cours de l'intervention que l'hématosalpinx et la malformation sont identifiés.

En lisant les observations, on peut voir quelle est l'histoire ordinaire de ces malades :

Elles sont amenées à consulter quelques mois ou quelques années après l'établissement de la menstruation. C'est donc une jeune fille ou une jeune femme qui raconte qu'elle a commencé à souffrir au moment de la puberté ou peu après cette époque. Ce sont des douleurs assez violentes dans le petit bassin. Assez bien localisées d'un côté, elles surviennent en même temps que le flux menstruel et durent au moins autant que lui, quatre, cinq, huit jours.

La menstruation d'ailleurs ne présente pas de caractère spécial.

Un temps plus ou moins long se passe ainsi sans que rien de nouveau se surajoute à ces crises mensuelles : plusieurs mois ou plusieurs années.

Puis, généralement, la douleur au lieu de disparaître après les règles persiste, plus ou moins atténuée jusqu'aux règles suivantes. C'est le moment où la malade peut s'apercevoir elle-même de la présence d'une grosseur dans le bas-ventre. Mais d'autres fois, c'est uniquement pour le symptôme douleur qu'elle vient consulter.

A l'examen :

La palpation peut faire constater la tuméfaction et l'empâtement qui, siégeant dans le bassin, déborde et remonte plus ou moins vers la fosse iliaque.

Le toucher vaginal combiné au palper abdominal, fait sentir la tumeur plus ou moins saillante dans un cul-de-sac latéral du vagin, plus ou moins collée contre l'utérus, et plus ou moins mobilisée par les mouvements que le doigt vaginal imprime au col. Elle est bossuée, de consistance élastique ou fluctuante et ordinairement peu sensible.

Le toucher rectal peut compléter l'examen, surtout dans les cas d'hymen intact.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est donc rarement précisé. La laparotomie est faite pour une tumeur du petit bassin, peut-être utérine, probablement annexielle.

Quels sont en effet les points qu'il faudrait fixer pour aboutir au diagnostic exact?

Il faudrait :

1° *Localiser la tuméfaction dans la trompe.*

2° *Distinguer l'hématosalpinx des autres tuméfactions tubaires.*

3° *Si on croit à un hématosalpinx, éliminer tous ceux qui ne sont pas dus à une malformation utérine.*

Il faudra donc éliminer l'hématocèle rétro-utérine, le kyste ovarien, la salpingite, la tuberculose annexielle, les néoplasies tubaires. C'est sur des nuances et non sur des caractères nets que l'on s'appuiera.

Ce qui peut mettre sur la voie, faire penser à un épanchement de sang dans l'intérieur de la trompe, c'est comme le dit L. Bazy (1) :

(1) L. Bazy. Des hémorragies de la trompe non gravide (la pachy-salpingite hémorragique). *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1er Juillet 1910.

« L'augmentation brusque du volume de la tumeur, soit au moment des règles, soit sous toute autre influence. »

Mais quand la constatation de ce signe pourra faire croire à un hématosalpinx, il restera à éliminer :

La pachy-salpingite hémorragique;

L'hémorragie qui se produit dans une trompe déjà enflammée;

Enfin *la grossesse tubaire*.

Et lorsque la notion peut être acquise d'un hématosalpinx rapidement formé, c'est naturellement à la grossesse tubaire qu'il faudra penser d'abord; rechercher s'il n'y a pas eu un léger retard des règles, de huit à dix jours, au bout desquels un écoulement sanguin s'est produit par le vagin, accompagné de vives douleurs et même quelquefois de tendances syncopales.

C'est là en effet le tableau le plus caractéristique de la grossesse tubaire qui se révèle précocement par une hémorragie dans la trompe.

L'expulsion d'une caduque viendra quelquefois préciser le diagnostic.

Au contraire, nous avons vu que dans l'hématosalpinx par malformation congénitale, les choses n'ont pas cette allure soudaine de la grossesse tubaire compliquée. Il s'agit de douleurs régulières qui se répètent depuis des mois ou des années.

Enfin si l'hymen est intact, la grossesse ectopique est encore moins probable.

Pour terminer ce chapitre, il convient de se demander s'il existe quelques signes pouvant faire soupçonner la malformation utérine?

Il en existe rarement.

Quelques observations décrivent la forme en croissant du demi-utérus de siège normal, c'est-à-dire de l'utérus qui paraît normal à l'examen physique. Mais cette forme est inconstante, et d'ailleurs la tumeur formée par l'hématosalpinx repousse latéralement cet utérus normal et sa forme est par conséquent difficile à analyser.

Quelques observations accusent la coïncidence d'un vagin étroit, d'un col gros et court; et dans un cas, la présence d'un vagin accessoire de quelques centimètres de profondeur, terminé en cul-de-sac, situé à côté du vagin normal, mais ces faits sont exceptionnels.

En résumé, le diagnostic est presque toujours impossible, mais la conduite à tenir ne varie pas : c'est l'intervention chirurgicale.

Complications.

Supposons que la malade n'ait pas consulté ou n'accepte pas l'intervention, une complication pourra survenir : l'infection de la poche sanguine, soit infection hématogène, sous l'influence d'une cause quelconque (angine, grippe, fièvre éruptive, etc.);

Soit infection par transmigration microbienne (favorisée surtout par des brides réunissant l'hématosalpinx à l'intestin);

Soit infection par propagation de voisinage (appendicite, par exemple).

Toutes les hypothèses peuvent être envisagées. L'infection réalisée, l'hématosalpinx se transformera plus ou moins rapidement en pyosalpinx. C'est sans doute cette explication qui doit être adoptée pour les trois cas de pyosalpinx rapportés dans la thèse de G. Gross.

TRAITEMENT

Le traitement que presque tous les auteurs ont appliqué est le suivant :

Laparotomie médiane sous-ombilicale; ablation de l'hématosalpinx, de l'ovaire correspondant, du moignon formé par l'utérus accessoire.

L'énucléation se fait par une large brèche pratiquée dans le ligament large. Le péritoine est ensuite suturé au niveau de cette ouverture du ligament large.

Le demi-utérus normal et ses annexes sont laissés en place. Quelquefois des brides fibreuses, des adhérences fixent l'hématosalpinx à l'utérus normal (voir le schéma joint à l'observation de Carl von Pauer) et rendent l'énucléation un peu plus difficile.

Cette opération étant pratiquée en milieu aseptique est sans gravité. La guérison est obtenue en quelques jours.

Ultérieurement, la femme peut devenir enceinte est mener ses gestations à terme, dans des circonstances tout à fait normales. Plusieurs observations en font foi. De même que quelques-unes relatent des grossesses ayant évolué normalement avant l'opération, avant que

les symptômes aient amené la malade à consulter. Et l'on remarque dans ces observations la suppression habituelle des douleurs coïncidant avec la suspension des règles pendant toute la durée de la gestation.

Nous ne citons que pour mémoire l'ablation de la tumeur par la voie vaginale. Elle a été faite quelques fois. L'observation d'Abel, que nous reproduisons, et qui date de 1901 en est un exemple.

A l'heure actuelle, la voie haute, par laparotomie sous-ombilicale sera toujours préférée.

Enfin, une opération décrite et pratiquée par Ferguson et par Turck (1) mérite une mention : c'est « l'hystéro-salpingostomie » ou « opération de Ferguson-Turck »; elle s'appliquerait à la malformation utérine mieux qu'à sa complication d'hématosalpinx.

Elle consiste, étant donnée une trompe de Fallope atrésiée, sans communication avec la cavité utérine, à sectionner son pédicule en sifflet, en un point perméable de son conduit, et à implanter cette extrémité tubaire perméable dans l'utérus en l'y faisant pénétrer jusqu'à sa cavité par une incision suffisante.

Deux plans de suture : un plan sur la muqueuse et un plan sur le muscle utérin fixent cette trompe ainsi rendue à l'utérus.

Dans le cas d'hématosalpinx par malformation utérine, la trompe distendue est devenue impropre à tout fonctionnement. L'indication de cette intervention ne se pose donc pas.

(1) Custer Turck. Hystéro-salpingostomie. (Opération de Ferguson-Turck) *New-York Medical Journal*. Juin 1909.

Nous l'avons relaté parce qu'elle peut être intéressante si, par exemple, avec l'hématosalpinx d'un côté, coïncide une atrésie, une anomalie de l'autre trompe. Et de telles malformations étendues peuvent se rencontrer.

Cette opération peut encore avoir un intérêt dans les cas où la malformation utérine n'a produit qu'une hématométrie latérale dans l'utérus accessoire, la trompe correspondante étant restée normale et saine.

En résumé : Ablation de l'hématosalpinx, de l'ovaire correspondant et de l'utérus rudimentaire par laparotomie médiane sous-ombilicale. Conservation de l'utérus normal et de ses annexes.

Telle est l'intervention de choix.

OBSERVATIONS

Observation du Service de M. le Dr Grégoire.
(Hôpital Bretonneau).

La nommée V..., âgée de 16 ans; entrée le 25 Février 1919, Salle Flaubert.

Cette jeune fille rentre à l'hôpital pour une grosseur qu'elle a constatée dans le bas du ventre, à gauche, depuis dix mois environ.

Elle n'a jamais souffert, si ce n'est à l'époque de ses règles.

Celles-ci sont irrégulières, bien qu'elle soit réglée depuis l'âge de treize ans. Il lui arrive de rester deux mois sans voir, ou de perdre deux fois dans le même mois, et à dates assez irrégulières.

Les douleurs ne sont pas assez violentes pour l'obliger à se coucher, mais assez pour gêner son travail et lui procurer un état nauséeux qui l'inquiète.

Elle n'éprouve aucun trouble du côté des organes urinaires ou digestifs. Son état général est excellent. C'est une fille vigoureuse, haute en couleurs, grasse et fortement musclée.

A l'examen : au palper abdominal : on trouve dans la fosse iliaque gauche, une tumeur volumineuse, remontant le long du côlon descendant.

Cette tumeur se perd en bas vers le pelvis.

Elle est bossuée, dure par places, fluctuante dans l'ensemble.

Il est difficile de la déplacer de la fosse iliaque gauche, mais elle présente un certain degré de mobilité sur les plans profonds.

Le toucher vaginal ne peut être pratiqué qu'avec un seul doigt. On constate que le col se mobilise avec la tumeur et que l'utérus est déplacé à droite par la masse. Le fond de l'utérus se perd dans la masse et ne peut être isolé.

La palpation faite *par le rectum* ne montre rien de plus, si ce n'est que la tumeur occupe toute la moitié gauche du pelvis.

Elle est absolument indolore à la palpation.

Opération : opérateur : M. Grégoire. — Aide : M. Broué. Anesthésie à l'éther.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

On trouve un énorme hématosalpinx gauche, adhérent au côté gauche du petit bassin. Il est formé par la trompe gauche considérablement distendue et devenue méconnaissable.

Il existe une malformation congénitale portant sur l'utérus : (voir la planche n° 2, p. 21).

L'utérus présente deux corps et un seul col.

Le demi-utérus droit, volumineux, communique avec la trompe droite. Le demi-utérus gauche est réduit à l'état d'une masse arrondie et lisse, séparée de l'autre par un espace de deux centimètres environ, occupé par un repli péritonéal, sorte de ligament large intermédiaire.

Ce demi-utérus ne communique pas avec le col. Il est simplement relié avec le côté gauche de l'isthme du demi-utérus droit par un tractus fibreux assez résistant, caché dans l'épaisseur du ligament large.

Le bord gauche du demi-utérus gauche reçoit l'extrémité de la trompe distendue.

L'ovaire gauche est normal comme forme et comme situation.

Ablation de la trompe, de l'ovaire et du demi-utérus gauche.

Le demi-utérus droit et les annexes droites sont laissés en place.

Suture de la paroi sans drainage.

Ablation des fils sept jours après.

La malade sort quinze jours après l'opération. Guérie.

A l'ouverture de la pièce : on constate que la trompe forme une poche considérable, contenant un liquide sirupeux, brun rougeâtre.

La paroi de la cavité présente des cloisonnements incomplets dus aux sinuosités de l'organe.

Le moignon d'utérus gauche présente une petite cavité des dimensions d'une noisette et en continuité avec la trompe. Cette cavité contient le même liquide brun-rougeâtre sirupeux trouvé dans la trompe. Mais elle ne paraît pas distendue. Elle ne présente aucune communication, même apparente avec le col utérin (voir Pl. n° 3, p. 29).

Observation de Carl von Paüer
(dans *Centralblatt für Gynäkologie*).
N° 25. Juin 1902).

Fille de 18 ans, réglée depuis l'âge de 17 ans, toutes les quatre semaines, durant 9 et 10 jours. Règles douloureuses avec coliques siégeant dans la moitié gauche du ventre, l'obligeant à marcher courbée et à garder le lit pendant la menstruation. Au début, les douleurs n'étaient perçues qu'au moment des règles; après six mois, elles persistèrent aussi durant la période intermenstruelle, bien qu'avec un peu moins d'intensité.

Il y a deux mois, la malade a remarqué une grosseur dans le ventre, à gauche.

Examen. — Hymen intact; organes génitaux externes normaux; anneau hyménéal dilatable; vagin étroit. Col petit

situé en arrière, un peu incliné et reporté à gauche ; il semble se continuer avec l'utérus vers le côté droit. Le cul-de-sac droit est très étroit, permettant à peine d'y loger un doigt ; le cul-de-sac gauche est plus large, peut recevoir deux doigts et semble étiré vers la gauche. Par le palper et le toucher combinés, on sent un utérus de volume normal, placé vers la droite ; immédiatement à côté de lui et en connexion intime avec lui, on sent une tumeur plus ou moins élastique, présentant des dépressions à la surface, facile à délimiter, assez mobile, non douloureuse, dont le pôle inférieur atteint le cul-de-sac. Le côté extérieur de la tumeur paraît fixé à la paroi pelvienne, le volume de la tumeur égale celui d'un gros poing.

Diagnostic : Tumeur annexielle.

Opération le 5 Mai 1909.

Après incision abdominale, on découvre une tumeur rénitente et fluctuante que l'on reconnaît être une trompe fortement distendue.

La tumeur est recourbée en fer à cheval de gauche à droite, puis de nouveau à gauche ; sa convexité est tournée vers l'utérus, auquel des adhérences superficielles la fixent. Elle entoure l'ovaire gauche. A un examen plus attentif, on voit que la tumeur salpingienne ne partait pas de l'utérus, mais qu'elle s'abouchait à gauche à un corps ayant la forme et le volume d'un œuf de poule, un utérus gauche, et que l'abouchement se faisait au milieu du fond et non à gauche au-dessus du fond. Comme on devait s'y attendre, à ce niveau la trompe était coudée.

Les annexes de l'utérus rudimentaire correspondaient aux annexes gauches et se trouvaient néanmoins du côté droit. La trompe devait être primitivement située à gauche ; s'étant coudée au niveau de l'isthme, elle s'était ultérieurement inclinée vers la droite.

On enleva d'abord la tumeur salpingienne avec l'ovaire qu'elle contournait ; puis en examinant l'utérus gauche on vit

que cet organe n'était relié à la paroi vaginale que par un cordon cellulaire de l'épaisseur du petit doigt. On lia et

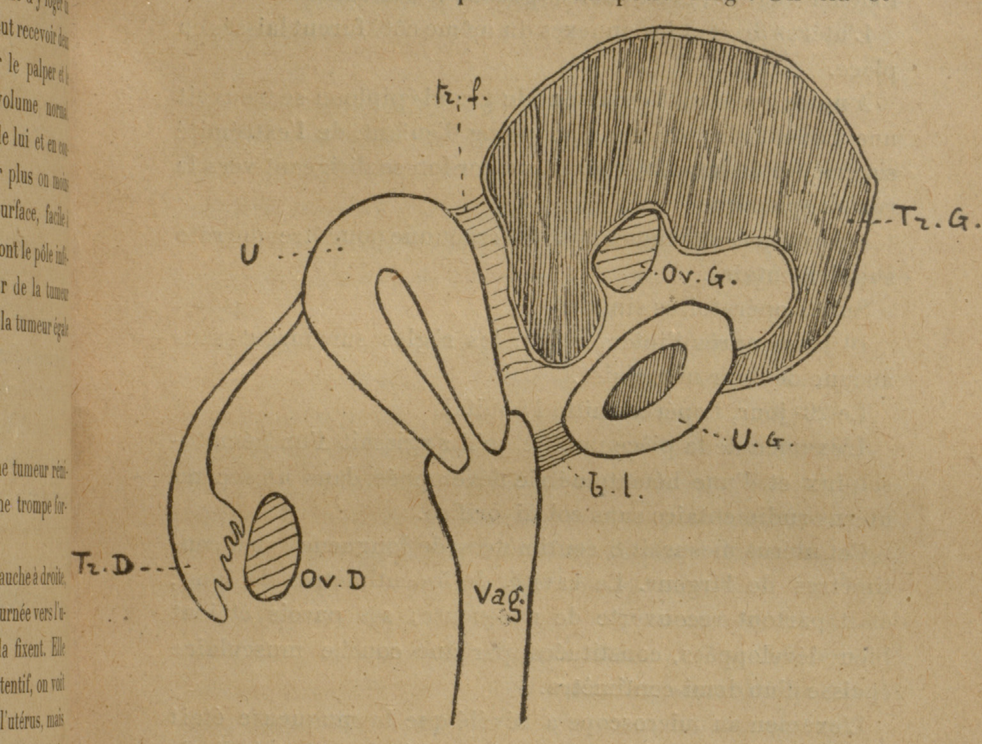


PLANCHE N° 4.

U : 1/2 utérus droit en posture d'utérus normal.
Tr. D — Ov. D : Trompe et ovaire droits : normaux.
Vag. : vagin.
U. G : 1/2 utérus gauche, rudimentaire. Sa cavité contient du sang.
b. l. : Bandelette ligamenteuse qui relie l'utérus rudimentaire au cul-de-sac latéral gauche du vagin.
Tr. G. · trompe gauche distendue par un volumineux hématosalpinx.
Ov. G : ovaire gauche.
tr. f : tractus fibreux réunissant l'hématosalpinx au bord gauche de l'utérus.
A noter ici que la bandelette fibreuse qui part du 1/2 utérus accessoire va s'insérer sur le cul-de-sac vaginal et non sur le bord utérin au niveau de l'isthme, comme dans la plupart des cas.

sectionna ce cordon; après quoi, l'énucléation se fit facilement.

Le pôle inférieur de la tumeur, que l'on avait senti par le toucher vaginal, était l'utérus gauche rudimentaire.

L'utérus droit et les annexes du même côté furent laissés en place.

A noter que dans l'épaisseur du grand épiploon se trouvait une tumeur du volume d'un poing d'enfant, de l'extrémité supérieure de laquelle partait un cordon se dirigeant vers la région splénique.

On extirpa cette tumeur qui fut reconnue pour être une rate supplémentaire.

Suites opératoires simples.

10 jours après l'intervention, les règles survinrent sans aucune douleur ni malaise.

Le 20e jour, l'opérée quitta l'hôpital.

L'examen de la pièce montre qu'il s'agissait d'un hématosalpinx et d'une hématométrie développée dans un second utérus rudimentaire sans col ni orifice.

Cet utérus mesurait 8 centimètres de longueur sur 5 centimètres de largeur. La cavité, de 5 centimètres de long, était partout recouverte de muqueuse; ses parois étaient bien développées, constituées par une couche musculaire épaisse d'un demi-centimètre.

L'examen au microscope a révélé que la muqueuse était dans un état d'atrophie, et que l'atrophie du col était d'origine congénitale.

Observation de Abel.

(*Berliner Klinik Wochenschrift.*)
Année 1901 n° 51).

Jeune fille de 26 ans, qui jusqu'à l'âge de 14 ans, avait joui d'une bonne santé.

Fortement anémique.

A partir de cette époque, elle se plaignait souvent de

grande lassitude. En même temps elle souffrait dans le ventre, éprouvait du ténesme. Ces troubles durèrent jusqu'à l'établissement de la menstruation qui eut lieu à 18 ans.

Les règles, toujours très peu abondantes, persistaient, avec des interruptions toutefois, une huitaine de jours; elles étaient précédées, la veille, de douleurs très violentes, et souvent entrecoupées, le 2e jour, de crises douloureuses subites, amenant parfois des syncopes.

Depuis quelques années, les règles apparaissaient toutes les trois semaines, et les douleurs étaient devenues intolérables.

A l'examen de la malade, on trouve l'hymen intact.

Le toucher vaginal montre le col un peu à gauche, et sur son prolongement, un col utérin très petit, très mobile et légèrement dévié à gauche. A droite, à 1 ou 2 centimètres de son fond, on constate une masse arrondie, indépendante et offrant le volume et la consistance d'un utérus gravide de 2 mois. En mobilisant le col, on déplace le corps utérin placé à gauche, mais non pas la tumeur droite.

Dans le cul-de-sac postérieur, on découvre une tumeur grosse comme une tête d'enfant, très sensible à la pression, et remplissant le pelvis. Les annexes gauches ne se sentent pas facilement.

Diagnostic : Utérus bicorne avec corne droite hématométriée. Hématosalpinx droit.

Opération : par la voie vaginale, cœliotomie vaginale antérieure, ouverture du cul-de-sac péritonéal vésico-utérin.

Après avoir abaissé l'utérus, on put attirer dans le champ opératoire, d'abord la tumeur formée par la corne dilatée, ensuite la collection salpingienne qui fut ouverte; elle donna issue à une grande quantité d'un liquide couleur chocolat. Après quoi la poche vidée fut aisément attirée dans le vagin. La corne dilatée fut réséquée entre ligatures, ainsi que la poche de l'hématosalpinx, l'ovaire droit et une partie du ligament

large du même côté. Le reste de l'utérus et les annexes gauches furent réduits dans le ventre :

Suites opératoires bénignes. Guérison.

La menstruation se rétablit normalement et les douleurs disparurent complètement.

CONCLUSIONS

I. — La malformation congénitale consistant en un utérus accessoire, rudimentaire, atrésié d'une part, portant de l'autre des annexes normales, peut amener la production d'un hématosalpinx.

C'est une catégorie qui fait partie du petit groupe des hématosalpinx dans lesquels la grossesse tubaire n'est pas en cause; petit groupe qui doit être d'autant mieux connu que celui de la grossesse ectopique est plus important.

C'est une affection rare : treize observations de 1876 à 1919.

II. — Le demi-utérus rudimentaire, à parois épaisses, porteur d'une atrésie qui le retranche du vagin, se laisse peu distendre. Dans la trompe, au contraire, le sang peut s'accumuler et amener peu à peu la formation d'une poche importante.

III. — L'évolution embryologique du conduit de Müller fait comprendre la disposition anatomique rencontrée.

IV. — L'étude des phénomènes de la menstruation fait supposer que l'hématosalpinx est dû à la rétention d'une partie du flux menstruel.

V. — La symptomatologie est fruste : douleurs pendant les règles, et quelquefois perception de la tumeur par la malade.

L'examen fait poser le diagnostic de tumeur probablement annexielle du petit bassin.

VI. — Ce diagnostic doit suffire à commander l'intervention. C'est la laparotomie médiane sous-ombilicale qui sera la voie de choix.

L'énucléation et l'ablation de l'hématosalpinx, de l'ovaire correspondant et du demi-utérus accessoire seront pratiquées.

On respectera le demi-utérus de siège normal, souvent développé d'une façon compensatrice et porteur généralement d'annexes normales.

Vu : le Président,
HARTMANN

Vu: le Doyen,
H. ROGER.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. POINCARÉ.

BIBLIOGRAPHIE

G. Gross. — *Hématométrie et Hématocolpos dans les cas de duplicité du canal génital.* Thèse inaugurale, Nancy, 1899-1900.

— Hématométries latérales dans des utérus doubles. *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique* (Année 1904).

Carl von Pauer. — *Centralblatt für Gynakologie,* année 1902, mois de Juin n° 25.

Abel. — *Berliner Klinik Wochenschrift*, année 1901, n° 51.

Goullioud. — *Lyon Médical*, 1er Mars 1903.

Oliver. — An accessory uterus distended with menstrual fluid, enucleated from the substance of the right broad ligament. *The Lancet*, 1er Juin 1912.

Bonnaire et Durante. — Un cas de trompe de Fallope abdominale indépendant de l'utérus. Société anatomique de Paris, 8 Mars 1912.

Le Bec. — Utérus didelphe dont le gauche ne communique ni avec le vagin ni avec l'utérus droit. *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, année 1904, page 387.

Brouha. — Contribution à l'étude des malformations doubles de l'utérus. *Le Scalpel et Liège Médical*, 27 Novembre 1910.

Pozzi. — *Traité de Gynécologie.*

Arthus. — *Physiologie.*

L. Bazy. — Des hémorragies de la trompe non gravide (la pachysalpingite hémorragique). *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1er Juillet 1910.

Custer-Turck. — Hystéro-salpingostomie (Opération de Ferguson-Turck). *New-York Medical Journal*, 12 Juin 1909.

COULOMMIERS. — Imp. DESSAINT & Cie, 41, rue de Melun.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE